Ein Fall von geheilter Ureterfistel.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 8. Juni 1894

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Friedrich Richter

pract. Arzt

aus Loquard (Ostfriesland).

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. Kurt Schönstedt, pract. Arzt.
- Dr. med. Karl Pingel, pract. Arzt.
- Dr. iur. Erich Sternbeck, Referendar.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Meinen theuren Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0206

Unter den Fisteln des Urogenitaltractus gehören diejenigen des Ureters zu den selteneren. Je nach der Mündungsstelle des Ureters unterscheidet man Fisteln mit der äusseren Haut, Fisteln, die mit dem retroperitonealen Bindegewebe communiciren, Scheiden- und Mastdarmfisteln.

Es giebt verschiedene Möglichkeiten der Entstehung einer Ureterfistel. „Sehr selten", sagt Englisch, „wurde die Einmündung des Harnleiters angeboren in dem Mastdarm beobachtet und zwar bei Ectopia vesicae." In manchen Fällen sind die Harnleiterfisteln von den Chirurgen angelegt worden. Bei der Exstirpation der Blase wegen Carcinom, besonders wenn die Geschwulst dem Blasengrund aufsass, schaffte man dem Urin einen neuen Abfluss durch Anlegung von Ureterfisteln. Oefter wurde bei Exstirpation des Uterus wegen bösartiger Tumoren der Ureter angeschnitten oder vollkommen durchtrennt und dadurch eine Fistel verursacht. In einer gewissen Anzahl der Fälle liess sich dies Ereigniss nicht vermeiden, wenn der Ureter mit den erkrankten Massen so innig verwachsen war, dass er sich von denselben nicht abtrennen liess. So erzählt Schmidt von drei Fällen, in denen es ihm passirte, dass bei der Uterusexstirpation der Ureter durchschnitten bez. mit der Entfernung der Geschwulst ein Stück aus demselben excidirt wurde. Le Dentu pflanzte wegen Compression des einen Ureter in Folge von Uteruscarcinom den betroffenen

Ureter in die Lumbargegend ein; ebenso machte es Poggi. P. Reichel berichtet von einem $9^1/_2$jährigen Knaben, der seit $4^1/_2$ Jahren eine Geschwulst in der rechten Leistengegend hatte. Vor 4 Jahren hatte ein Arzt ihm ein Bruchband verordnet, das seinen Zweck nicht mehr erfüllte. Beim Einschnitt zeigt sich der Ureter als gewundener, erweiterter Schlauch, dessen unteres Ende nach der Blase zu vollständig verschlossen war, dessen oberes Ende den Daumen bequem einführen liess. Nach L. Bandl ist das Entstehen von Harnleiterscheidenfisteln bei längeren Geburten möglich, wenn die Einmündungsstelle des Ureters in die Blase in den Druckbereich des Schädels oder eines Kindestheiles kommt. Bei dem Heilungs- und Narbungsprocess kann der mitverletzte Ureter so einheilen, dass er im oder am äussersten Fistelrand oder sogar etwas entfernt vom Fistelrand in die Scheide mündet; der Blasendefect kann sich dann spontan schliessen oder durch Operation geschlossen werden und der Harnleiter dann allein in die Scheide münden. In seltenen Fällen kann nach der Meinung Landau's, F. Winkel's und Anderer die Harnleiterscheidenfistel in dem geburtshülflich-operativen Eingriff oder in anderweitigen Verletzungen ihre Ursache haben. Schliesslich kann der Ureter durch äussere Gewalt eine Läsion erfahren, wodurch eine Fistel entsteht. So berichtet Chaput von einem 16jährigen Patienten, bei dem durch Hufschlag eine Harnleiterzerreissung zu Stande kam. In den gequetschten Weichtheilen der Lumbargegend bildete sich eine fluctuirende Geschwulst, die nach 14 Tagen incidirt werden musste und Urin und Koth entleerte. Virchow zeigt, dass durch Prolaps des Uterus die Stelle der Blase, wo die Ureteren münden, bis unter die Symphyse hervorgezogen werden kann und so Stauung des Urins veranlassen und Druckgangrän zur

Folge haben kann. Auf die Weise würde eine Ureterfistel zu Stande kommen.

Aus dem Umstand, dass bei Uterusexstirpationen der Ureter vorwiegend Gefahr läuft verletzt zu werden, ergiebt sich, dass die Ureterfistel öfter bei Weibern vorkommt, als bei Männern. W. Heinecke geht sogar so weit, dass er sagt: „nur bei Frauen kommen Ureterfisteln vor“. Diese Behauptung wird widerlegt durch folgende Thatsachen. Bei dem citirten Reichel'schen Fall handelt es sich um einen Knaben; der nachher ausführlicher zu beschreibende Fall Küster betrifft ebenfalls einen Knaben, ebenso ist unser Patient, von dem später berichtet werden soll, männlichen Geschlechts.

Die Diagnose einer Ureterfistel macht in den meisten Fällen keine Schwierigkeit. L. Bandl giebt für die Diagnose der Ureterscheidenfistel Folgendes an: „Dieselbe wird durch die Sondirung sicher erkannt. Ein Katheter (Charrière 2—3) dringt leicht gegen die Niere vor und bringt tropfenweise Harn.“ Zur Differentialdiagnose gegen die Harnleiterblasenscheidenfistel injicirt man eine farbige Flüssigkeit in die Blase. „Die genaue Untersuchung der Innenfläche derselben nach Erweiterung der Harnröhre und der Vergleich der aus der verdächtigen Fistelöffnung ausgeschiedenen Harnmenge mit der aus der Blase regelmässig entleerten Harnmenge können zur Diagnose führen.“ Die Entdeckung einer Ureterscheidenfistel wird in vielen Fällen gemacht beim ersten Verbandwechsel nach Exstirpation von Bauchtumoren. Die Diagnose einer Ureterhautfistel macht keine Schwierigkeiten. Ueber klinische Symptome einer Ureterdarmfistel sind keine Mittheilungen bekannt. Im oben angeführten Fall von Chaput, wo durch einen Hufschlag neben einer Ureterzerreissung eine Darmfistel zu Stande kam, wurde die Diagnose erst nach 14 Tagen

gestellt, als aus dem Tumor Harn und Koth durch Incision entleert wurden. Nach Feststellung der Diagnose einer Harnleiterfistel empfiehlt es sich, über die Beschaffenheit des peripherischen Endes des Ureters sich zu orientiren. Bei Frauen geschieht dies entweder nach der Simon'schen Methode der Katheterisation des Ureters nach Erweiterung der Harnröhre oder nach der Pawlick'schen mit Hülfe des von ihm angegebenen Instrumentes. Auf diese Weise verschafft man sich gleichzeitig Kenntniss von der Existenz der anderen Niere und deren Beschaffenheit, indem man den Urin direct aus dem Ureter abfangen kann. Bei Männern würde eine andere Methode anzuwenden sein. Tuchmann hat Versuche angestellt, durch vorübergehende Compression einer Uretermündung von der Blase aus mit einer von ihm construirten Pincette den Urin des anderen Harnleiters gesondert aufzufangen. Diese Bemühungen haben jedoch noch nicht zu brauchbaren Resultaten geführt. Nitze erleuchtet mit Hülfe seines Urethroskops die Blase und macht dem Auge den aus dem Ureter abfliessenden Urin zugängig. Beide Methoden sind noch nicht so weit ausgebildet, dass sie allgemein ausgeübt werden können. Axel Iversen und Schede eröffneten die Blase durch die Sectio alta und katheterisirten den Ureter von der erleuchteten Blase aus.

Die Erscheinungen, welche eine Ureterfistel für den damit Behafteten verursachen, sind auf jeden Fall unangenehm; sie gestalten sich jedoch verschieden, je nachdem wo die Mündung der Fistel sich befindet. Es lässt sich annehmen, dass bei der Mündung des Ureters im Darm die geringsten Beschwerden vorhanden sein würden. Bei guter Function der Schliessmusculatur des Anus könnte der Urin einige Zeit zurückgehalten und willkürlich entleert werden. Das Träufeln des Urins bei

Harnleiterscheidenfistel ist den Frauen in hohem Grade lästig; noch mehr haben die mit einer Bauchfistel behafteten zu leiden. W. Heinecke bezeichnet „eine fortwährend Harn secernirende Fistel als ein lästiges und quälendes Leiden für die Patientinnen, und diese unterwerfen sich lieber einer gefährlichen Operation, als dass sie das Leiden länger tragen“. Bertini hatte bei der Exstirpation eines Netzechinococcus den rechten Ureter angeschnitten. Nach Unterbindung des peripheren Endes nähte er das centrale Ende in die Bauchwunde ein. Der durch die Fistel abfliessende Harn wurde von einem Gummirecipienten aufgefangen.

Ausser diesen Unannehmlichkeiten birgt die Ureterfistel noch Gefahren für die damit Behafteten. Der Weg zur Einwanderung pathogener Mikroben ist offen. Eine Pyelitis oder Pyelonephritis schliesst sich meistens über kurz oder lang an. Im Bertini'schen Fall ist diese Zeit nicht näher angegeben. Im Fall von Le Dentu starb die Patientin am 13. Tage. Die längste Dauer, die sich verzeichnet findet, ist 2 Jahre. Trékaki hat an zwei Hunden Ureterfisteln am Bauch angelegt. Der eine starb nach 3 Monaten an eitriger Nephritis, der andere war gesund zur Zeit der Publication.

Wenn auch durch sorgfältige Behandlung einer Pyelonephritis vielleicht vorgebeugt werden kann, sind doch die Gefahren nicht erschöpft, welche den mit Ureterfistel Behafteten drohen. Das Vorhandensein einer offnen Ureterfistel garantirt nicht immer für freien Urinabfluss, denn durch reflectorische Functionslosigkeit, hervorgerufen durch einen eingeklemmten Ureterstein der anderen Seite, kann die Urinsecretion durch die Fistel sistiren. So berichtet Kirchham von einem Fall, wo obige Thatsache auf's Neue illustrirt wurde. Fast eine Woche bestand vollständige Anurie und es traten schon

Erscheinungen von Urämie auf. Erst durch die operative Entfernung des dattelkernförmigen Steines aus dem rechten Ureter kehrte die Function beider Nieren zurück. Zu erwähnen wäre noch, dass das Bestehen einer Ureterfistel nach L. Bandl noch die nachtheiligen Folgen für die Blase hat, dass die Capacität der Blase wesentlich abnimmt und eine entsprechend allseitige Verdickung der Wand derselben folgt.

Aus den vorstehend angeführten Fällen ergiebt sich zur Genüge, dass die Ureterfistel eine Gefahr bedeutet und daher begegnen sich Arzt und Patient in dem Wunsch, dieselbe nach Möglichkeit beseitigt zu sehen. „Recht wenig befriedigende Verhältnisse", sagt Monod, „haben bisher die Verletzungen der Ureteren ergeben, mögen dieselben im directen oder indirecten Anschluss an schwere Geburten oder nach der Entfernung stark verwachsener Abdominaltumoren oder durch ein directes Trauma entstanden sein. In Folge dieser schweren Heilung der Ureterverletzungen scheut man sich vor chirurgischen Eingriffen in dieses Organ." So bemerkt König, dass man bei im Ureter eingeklemmtem Nierenstein diesen in das Nierenbecken empordrängt und von dort aus entfernt. Die spontane Heilung einer Ureterfistel, wie man es bei Blasenscheidenfisteln oft beobachten kann, scheint nicht vorzukommen, auch wenn der Ureter nur angeschnitten ist; jedenfalls ist in der Litteratur kein derartiger Fall verzeichnet. Bandl sagt von der Therapie der Ureterfisteln: „Je weiter der Ureter von der Blase entfernt in die Scheide mündet, je ein grösseres Stück desselben fehlt, desto schwerer ist dieselbe zu heilen." Lister nahm einmal durch den Schnitt den im Ureter eingeklemmten Stein heraus. Die Ureterfistel heilte er dadurch, dass er das Peritoneum über derselben zusammennähte. Landau's Vorschlag geht

dahin, „bei grossen Defecten, wo die Ureteren im oberen Fistelrand nahe dem Scheidenrand lagen, ihre Einschaltung in die Blase zu versuchen“. Bandl und Nicoladoni haben nach dieser Methode operirt, doch ist von gelungenen Versuchen nichts bekannt geworden. Reichel glaubt von diesem Versuch abrathen zu müssen, „da kein ordentlicher Verschluss gegen Rückstauung des Urins bei Contractionen der Blase gebildet werden könne“. Thomson nimmt einen noch reservirteren Standpunkt ein; er meint, „die directe Vereinigung von Ureterverletzungen ist im Allgemeinen nicht vorzunehmen“. „Einige Sicherheit für die primäre Heilung bietet das Vernähen über einen Katheter; auch dieses Verfahren ist jedoch wegen der Gefahr von Bildung einer Stenose des Ureters besser nicht auszuführen. Das Einnähen des durchschnittenen centralen Endes des Harnleiters in die Blase oder den Darm ist als ein Heilverfahren nicht zu verwerthen.“ Auch Reichel theilt diese Ansicht und „hält die Operation für unsicher, auch habe sie bisher keine glänzenden Resultate erzielt“. König empfiehlt, die Naht des Ureter nach Art der Lembertnaht auszuführen und behauptet, gute Resultate erzielt zu haben. Es heilten von vier Fisteln drei. Küster erzählt von einem Patienten mit Solitärniere, dem zwei Jahre vorher Braun wegen Hydronephrose eine Nierenbeckenhautfistel angelegt hatte. Küster eröffnete den Sack, fand eine vollständige Strictur des Ureters, excidirte das Stück oberhalb der Strictur und nähte den trichterförmig erweiterten Ureter in das Nierenbecken ein; dann wurde die Fistel secundär geschlossen und es trat vollständige Heilung ein. „In Fällen“, sagt Bandl, „wo der obere Fistelrand bei Harnleiterblasenscheidenfisteln wenig oder gar nicht beweglich ist oder wo unter der Fistel starke narbige Verengerungen sich befinden, wird die Heilung

oft durch Vereinigung der Scheidenwand (Kolpokleisis) erzielt. Ein auf solche Weise erzielter Erfolg hat aber immer seine Mängel, denn die Frau ist unfähig zur Cohabitation und abgesehen davon ist eine solche Heilung nicht von Dauer, denn in dem in die Blase einbezogenen Divertikel der Scheide bilden sich Katarrhe und Steine, welche weiter zur Erkrankung der Niere führen. Nach der Meinung Bozemann's und Bandl's ist die Kolpokleisis durch umsichtige vorbereitende Behandlung fast immer zu vermeiden." Simon hat vorgeschlagen, „bei Ureterscheidenfistel die Blase zu öffnen und dann die Kolpokleisis auszuführen; in der letzten Zeit empfahl er, nahe der Einmündung des Ureters eine Blasenscheidenfistel zu etabliren und durch dieselbe öfter den Ureter zu sondiren, dann später anzufrischen und zu vernähen". Die an Hunden vorgenommenen Experimente haben bis auf eins ein ungünstiges Resultat ergeben. A. Poggi veröffentlicht zwei Versuche, wo er die Ureteren quer durchschnitt und die Wunden durch die Naht vereinigte. Nach drei Monaten zeigte die Section die vollkommenste Heilung. Gluck und Zeller versuchten nach Herausnahme der ganzen Blase die Ureteren in die vordere Bauchwand einzuheilen, jedoch mit ungünstigem Erfolg. Novarra wollte die Ureterenstümpfe in den Mastdarm einheilen. Der Versuch misslang.

Der überwiegenden Mehrzahl der angeführten Vorschläge steht ein gutes Resultat nicht zur Seite; dieselben sind also kaum empfehlenswerth. Es ist deshalb nicht zu verwundern, wenn Monod sich folgendermaassen äussert: „Bei Uterfistel ist die betroffene Niere fast ausnahmslos verloren. Manche Operateure empfehlen deshalb, bei Verletzungen eines Ureters gelegentlich einer schweren Bauchoperation die Nephrectomie sofort anzuschliessen. Die Mehrzahl der Chirurgen steht auf dem

Standpunkt, zunächst die Bildung einer Ureterfistel abzuwarten und erst später, wenn eine Heilung der Fistel nicht gelingt, die Nephrectomie vorzunehmen". Bertini betrachtet die Anschauung „als Armuthszeugniss für unser chirurgisches Können, dass man in Fällen von Ureterverletzung nicht allein das Schicksal dieses Organes entscheide, sondern auch noch die gesunde Niere opfern müsste". Auch Thomson vertritt diese Ansicht: „völlige Heilung bei Ureterläsion ist mit Sicherheit nur durch Nierenexstirpation zu erzielen". W. Heinecke führt „die auf andre Weise nicht zu heilende Ureterfistel als Indication zur Exstirpation der Niere auf." Von dieser Ueberzeugung geleitet, entfernten bei Ureterfistel die gesunde Niere: Simon, Zweifel, P. Reichel, Schmitt, Chaput, Bertini, Poggi. Vor Ausführung der Operation hat man sich von der Existenz und Beschaffenheit der anderen Niere zu überzeugen.

In Folge der schweren Heilbarkeit einer Ureterfistel beansprucht der Harnleiter eine Stellung in der Chirurgie, die ihn fast auf die Stufe vitaler Organe hebt. Nicht allein, dass Verletzungen sofort die Existenz desselben in Frage stellen, sondern sein Schicksal zieht auch noch das der gesunden Niere in sein unheilvolles hinab. Die Verletzung des Ureters einer Solitärniere ist noch folgenschwerer, denn damit wird das Leben des Individuums in Frage gestellt. In letzterem Fall ist also die Prognose recht ernst. Die Mortalität der Operationen, Ureterfisteln durch die Naht zu heilen, giebt L. Bándl auf 2 bis 3% an. „Die Ursache des Todes war Peritonitis nach Verletzung des Peritoneums, Septicämie (sehr selten), Pyelitis und vielleicht unbewusster Schluss eines Ureters in der Naht." Da bei unheilbarer Ureterfistel gewöhnlich die Niere entfernt wird, so concurrirt die Ureterfistel indirect mit in der Statistik

über Nephrectomien. König giebt an, dass die Mortalitätsziffer aller Nierenexstirpationen 43 % übersteige.

Da die Fälle von geheilter Ureterfistel in der Litteratur nicht gerade häufig sind, so soll hier der Casuistik ein neuer Fall hinzugefügt werden; derselbe ist auch deswegen interessant, weil keine der oben angeführten Heilmethoden zur Anwendung gekommen ist. Auch die Niere wurde erhalten. Die Krankengeschichte ist folgende.

Am 22. Juni 1893 wurde der 29 Jahre alte Schneidergeselle K. T. in die Charité aufgenommen. Die Anamnese ergab Folgendes:

Der Vater des Patienten ist plötzlich im Alter von 42 Jahren an Blutsturz gestorben. Die Mutter und vier Geschwister leben und sind gesund. Patient will im vierten Lebensjahre durch Fall die Verkrümmung der Wirbelsäule bekommen haben; dieselbe soll anfangs nur sehr gering gewesen, im Laufe von Jahren jedoch immer stärker geworden sein. Im 13. Lebensjahre bildete sich an der Aussenseite des rechten Oberschenkels eine wallnussgrosse, weiche Geschwulst, welche ebenfalls stetig gewachsen ist. Im September 1890 liess Patient sich wegen Brustfellentzündung in die Charité aufnehmen. Hier wurde dann die damals 20 cm lange und 8 cm breite Geschwulst punctirt (am 26. October 1890). Es entleerte sich damals $^5/_4$ l einer milchigen, dünnen Flüssigkeit, die Geschwulst bildete sich indessen bald wieder, so dass im Januar 1891 eine zweite Punction gemacht werden musste. Dabei entleerten sich etwa 500 cbcm einer grüngelben Flüssigkeit. Seit seiner Krankheit will Patient einen Blasenkatarrh haben. Er hat meist Harnträufeln, zu Zeiten kann er jedoch den Urin willkürlich entleeren. Seit 3 bis 4 Jahren hat Patient Schmerzen oberhalb der rechten Leistengegend. Der Leib schwoll von Zeit zu Zeit unter Schmerzen

an. Patient hatte seit dieser Zeit sehr häufig Schmerzen beim Urinlassen, die sich von der betreffenden Stelle oberhalb des Poupart'schen Bandes bis nach dem Glied herunterzogen. Vor 3 Wochen bemerkte Patient eine wallnussgrosse Geschwulst in der rechten Leistenbeuge, die in einer hiesigen Privatpoliklinik als Bubo bezeichnet wurde. Die Haut der Umgebung wurde sodann hart. Patient hatte stärkere Schmerzen und suchte deshalb die Charité auf. Von der an der Aussenseite des Oberschenkels bestehenden zweifaustgrossen Geschwulst will Patient keine Beschwerden haben. Der Stuhlgang ist regelmässig, nicht schmerzhaft.

Status vom 23. Juni 1893: Patient ist ein kleiner, zierlich gebauter, auffallend blass aussehender Mann mit starker Kyphose der Brustwirbelsäule und stark gebogenem Brustbein, dessen Manubrium rechtwinklig gegen das Corpus abgebogen ist. Ueber beiden Lungenspitzen verschärftes Exspirium. Keine Rasselgeräusche; hinten unten beiderseits leichtes pleuritisches Reiben. Am Herzen nichts Abnormes. Am After rechts und links kleine Hämorrhoidalknoten, der eine oberflächlich ulcerirt; am Tage vorher waren dieselben stärker hervorgetreten. Ueber die rechte Regio glutea hinweg zieht eine leichte Röthe bis zur Reg. ing. dextr., wo mehrere Lymphdrüsen entzündlich geschwollen sind. An der hinteren Seite des rechten Oberschenkels befindet sich eine dessen obere Hälfte einnehmende Geschwulst, deren oberes Drittel eine leichte Einkerbung zeigt. Längenausdehnung 22 cm, Breite 12 cm. Der mit dem Katheter (Nélaton No. 18) entleerte Urin sieht völlig gelb aus, ist getrübt, schwach sauer, bildet einen Bodensatz, der in 300 cbcm 1 cm hoch steht; er ist stark eiweisshaltig. Mikroskopisch findet man im Sediment vorwiegend weisse Blutkörperchen, aber auch zahl-

reiche rothe und vereinzelte Blasenepithelien. Die Blutreaction des Urins fällt positiv aus. Die Kniephänomene sind schwer hervorzurufen, aber anscheinend vorhanden; kein Fuss-, kein Patellarklonus; am rechten Fuss Zehen krallenförmig, Grundphalangen dorsal verschoben, hyperextendirt; bei geschlossenen Augen kein Schwanken, ebensowenig beim Gehen. Keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen.

Therapie: Burow'scher Umschlag auf die rechte Reg. ing. Auf die Ulceration am After Jodoformmull-T-Binde. Ausspülung der Blase mit 1 $^{0}/_{00}$ Arg. nitric. täglich 1mal; innerlich 3mal täglich 0,5 Salol.

Am 23. VI. 37,0°, Puls 108. Vormittags Blasenspülung mit Acid. boric., Acid. salicyl. $\bar{aa}$ 30,0 : 1000.

Am 24. VI. Temp. 36,8, Urin 400 ccm. Klinische Operation: In ruhiger Morphin-Chloroformnarkose, die am Schluss durch einen asphyktischen Anfall gestört wird, wird nach Reinigung und Desinfection des Operationsfeldes auf die Geschwulst eingeschnitten. Es entleeren sich sofort etwa 200 ccm einer trüben, schwach gelblichen Flüssigkeit. Der Schnitt wird nach oben und unten verlängert, bis er eine Länge von etwa 20 cm bekommt. Am Grund der Geschwulst, sowie in der Tasche am Trochanter finden sich zahlreiche verkalkte Reiskörper. Der ganze Sack wird abpräparirt, was theils stumpf geschieht, theils, und zum grössten Theil, mit dem Messer ausgeführt wird, wobei die blutenden Gefässe gefasst und unterbunden werden. Catgutbalkennaht, Jodoformmull, Moospappeverband.

25. VI. Temp. 37,2, 37,1; Harnrest 300 ccm, stark getrübt.

26. VI. Temp. 37,0, 38,1; Harnrest 350 ccm.

27. VI. Temp. 37,0, 37,7; Harnrest 250 ccm.

28. VI. Temp. 36,5, 38,1; Harnrest 350 ccm, stark getrübt.

29. VI. Temp. 36,9, 38,2, Urinrest 300 ccm, Klagen über Schmerzen in der Operationswunde.

30. VI. Temp. 37,7, 39,2; Harnrest 300 ccm.

1. VII. Temp. 37,2. Verbandwechsel: Die Wunde sieht reizlos aus. Unter dem oberen Ende des Wundwinkels ist eine Secretretention eingetreten. Der obere Wundcanal wird daher in der Ausdehnung von 3 cm wieder eröffnet, das Secret durch Druck entfernt. Druckverband und Jodoformwatte, Urinrest 350 ccm, Temperatur 38,5.

2. VII. 37,0, 38,0. Urinrest 350.

3. VII. 37,0, 37,4. Harnrest 300. Patient kann den Urin schlechter halten als sonst und bekommt deshalb eine Ente.

Vom 4. VII. bis 10. VII. bewegt sich die Temperatur zwischen 36,7 und 37,4; am 10. VII. Verbandwechsel. Aus dem oberen Wundwinkel lässt sich aus einer Tasche Secret herausdrücken.

20. VII. 38,1, Puls 120, Abends Temperatur 39,0. Verbandwechsel. Patient klagt über Schmerzen in den unteren Partien der Lunge auf dem Rücken, die Schmerzen ziehen nach der Seite hin. Keine Dämpfung über den Lungen, keine Druckempfindlichkeit.

21. VII. 38,2, Puls 120. Patient klagt über Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und Stechen in der rechten Seite. 38,1.

22. VII. Patient fühlt sich wohl, 37,5, 38,3, Puls 100. Im Urin reichliche Trübung trotz Filtrirens. Mikroskopische Untersuchung: fast nur Eiterkörperchen, keine Cylinder.

24. VII. Patient klagt über Schmerzen in der rechten Tibia; an der Beugeseite des linken Oberschenkels bis zur Kniekehle zahlreiche bis erbsengrosse Ecchymosen. Wattebinde; Liq. ferri.

25. VII. Verbandwechsel. Die Haut hat sich überall glatt angelegt, Wunde gut geheilt. Acid. salicyl. C,5. Heftpflasterverband.

26. VII. Salol 0,5 täglich. Patient klagt über Schmerzen im rechten Fussgelenk. Oberhalb der rechten Leistenbeuge fühlt man einen hühnereigrossen Tumor, prall elastisch, welcher bei festem Druck Fluctuation zeigt. Unterhalb des Lig. Pouparti in der Nähe der grossen Gefässe fühlt man einen harten Strang. Das rechte Fussgelenk ist etwas geröthet und geschwollen; geringe Purpura, hydropathische Umschläge. An der Ulnar-Seite des linken Arms Purpura.

28. VII. Patient klagt über Schmerzen im rechten Ellenbogengelenk und rechten Handgelenk. Der rechte Handrücken ist etwas angeschwollen. Der Urin enthält mikroskopisch Blutkörperchen.

29. VII. Saturatio citrica.

31. VII. am rechten Oberschenkel unterhalb des Lig. Poup. ein neuer flächenhafter Blutaustritt.

1. VIII. Schmerzen im rechten Kniegelenk.

2. VIII. Verbandwechsel. Von der Wunde aus geht nach der medialen Seite unter der Haut ein Gang hinweg; daraus wird etwas Eiter entleert. Lapis. Ausfüllung der Tasche mit Jodoformgaze.

5. VIII. Patient hat in der Nacht krampfartige heftige Schmerzen in der Magengegend gehabt.

6. VIII. Urin enthält Blut. Beim Urinlassen keine besonderen Schmerzen. Aetzen mit Lapis. Borvaseline. Compressen. Wundnaht.

7. VIII. Urin nicht mehr blutig, enthält viel Sediment.

8. VIII. Verbandwechsel. Noch ein rundlicher, etwa $1^1/_2$ cm tiefer Gang. Aetzen mit Lapis, trockne Compressen. Verbandwechsel täglich.

19. VIII. Es hat sich ein kleines Stückchen (Knochen ähnlich) aus der Tiefe der Wunde abgestossen, vielleicht verkalktes Reiskörperchen. Lapis, Borvaseline.

27. VIII. 36,7, 38,7; Ricinus. Schmerzhaftigkeit in der rechten Bauchseite. Leib aufgetrieben.

28. VIII. 38,1, 38,4; hydropathischer Umschlag. Rp. Bismuth. subn. 0,3, Opii 0,01, dreimal täglich 1 Pulver.

29. VIII. 38,1, 39,7. Anschwellung besteht noch, ist aber viel weicher. Ohne Narkose wird der Abscess in der rechten Seite mittelst Troicart punctirt und durch Aspiration werden 600 ccm einer dünnen, missfarben-röthlich gelben Flüssigkeit entleert. Ausspülen der Blase mit Borsalicyl. Die mikroskopische Untersuchung der Flüssigkeit zeigt zahlreiche Eiterkörperchen, Leucocyten, ziemlich viele rothe Blutkörperchen. Compresse auf die Stichwunde. Moospappe. Die mikroskopische Untersuchung des Sediments der Flüssigkeit lässt grosse Epithelien erkennen, die entweder aus der Blase oder dem Nierenbecken stammen. Urin recht spärlich, enthält Blut.

30. VIII. Verbandwechsel. Aus der Stichwunde entleert sich noch etwa 200 ccm dunkle Flüssigkeit wie am Tage vorher. Ausspülung mit Borsalicyl. Stichwunde wird mit dem Messer erweitert. Drain.

31. VIII. Verband ist gefenstert. Mooskissen. Patient hat noch keinen Urin gelassen. Schlaf leidlich. Temp. 38,4 und 39,8.

1. IX. 38,6, 39,7. Verband vollkommen durchfeuchtet. Urinentleerung ganz minimal.

2. IX. Patient fühlt sich sehr schlecht. Keine Urinsecretion. Verband nass, 39,4, Lanolin, trockne Compresse, Schlaflosigkeit. Pulv. Doweri.

3. IX. Zweimaliger Verbandwechsel. 38,2, 38,6.

Patient hat gut geschlafen, fühlt sich wohl. Verband durchfeuchtet. Aus der Wunde kommt mehr klare Flüssigkeit.

4. IX. 37,0. Zweimaliger Verbandwechsel.

5. IX. 36,7. Verband wieder nass, keine Urinentleerung per urethram. Verbandwechsel zweimal, Ricinus.

6. IX. 36,6. Umgebung der Wunde reizlos. Tinct. chin. comp., Tinct. amar. $\overset{\frown}{aa}$.

7. IX. 35,7. In die Wunde wird ein weiches dünnes Gummirohr gelegt, wodurch die Flüssigkeit abfliessen soll.

8. IX. Durch die Gummileitung fliessen in einem Tage 650 ccm Urin ab. Patient fühlt sich ganz wohl.

9. IX. Verband nass. In 12 Stunden sind 400 ccm abgeflossen. Durch einen per urethram eingeführten Katheter entleert sich noch Urin.

10. IX. Nélaton wieder eingeführt, es entleeren sich ca. 800 ccm. Durchfall.

11. IX. Aus der Wunde entleert sich wenig Urin. Einführung eines Nélaton. Durch die Urethra werden 300 ccm entleert.

12. IX. Nélaton während der Nacht herausgefallen, so dass aus der Wunde wieder mehr Urin geflossen ist. Nélaton bleibt fort, da sich aus der Wunde nichts entleert. Zweimal Verbandwechsel.

14. IX. Verband wieder sehr nass. Beim Katheterisiren grosse Empfindlichkeit. Umschläge mit Chamillenthee.

15. IX. Nélaton wieder eingelegt. Guter Abfluss.

16. IX. Durch den Dauerkatheter haben sich über 2000 ccm Urin entleert.

17. IX. Nélaton bleibt fort. Versuche, einen neuen Dauerkatheter einzulegen, sind fruchtlos, da ein bedeutender Widerstand im hinteren Abschnitt der Harnröhre

ist und Patient beim Einführen über heftige Schmerzen klagt.

19. IX. Nélaton geht gut durch, bleibt liegen und es sind dadurch über 2 Liter entleert worden.

20. IX. Verband ist nicht nass, bleibt liegen; guter Abfluss durch die Urethra durch den eingelegten Dauerkatheter.

21. IX. Verband trocken. Aus der Seitenöffnung fliesst fast gar kein Urin mehr ab. Verbandwechsel. Aus der Seitenöffnung entleert sich auf Druck etwas Pus. Die Oeffnung ist beinahe geschlossen, der Schlauch bleibt weg. Es wird ein kurzes, dünnes Drain eingeführt. Verband. Nélaton bleibt in der Urethra liegen. Temp. 36,5. Verband ist ganz wenig feucht.

22. IX. Verband ist etwas nass geworden. Der Dauer-Nélaton ist herausgerutscht. Patient hat hierauf seit dem Morgen 400 ccm Urin spontan ohne Katheter durch die Urethra entleert. Am Nachmittage ist der Verband sehr nass. Durch die Urethra fliesst nichts ab.

25. IX. Angeblich läuft Urin durch die Urethra nur dann ab, wenn Patient auf dem Closet sitzt. Durch den Schlauch ist guter Abfluss gewesen, ohne den Verband zu benetzen. Am Nachm. der Verband trocken.

26. IX. Guter Abfluss durch die Schlauchleitung. Verbandwechsel. Zuweilen entleert sich etwas Urin spontan durch die Urethra.

27. IX. Geringer, anhaltender Abfluss durch die Urethra.

28. IX. Durch die Urethra sind ca. 400 ccm während der Nacht entleert.

30. IX. Guter Abfluss durch die Urethra. Verband nass.

1. X. Verband trocken, Leitung functionirt gut.

4. X. Am Tage fliesst nur wenig Urin durch die Urethra ab.

6. X. Es wird in die Urethra ein Dauerkatheter eingeführt; durch denselben entleeren sich in 24 Stunden 3 Liter Urin. Verband etwas feucht.

Bis zum 14. X. werden täglich einige Liter durch die gut functionirende Leitung entleert.

15. X. Dauerkatheter, der keinerlei Reizungserscheinungen hervorgerufen hat, wird entfernt. Fistel fast geschlossen. Die Oeffnung in der Gegend des rechten Trochanter secernirt ganz gering. Blasenausspülung, wobei jedesmal in die Blase kaum 200 ccm einfliessen. Auf der Wunde am Trochanter Jodoformgazeüberlage. Heftpflaster, sonst kein Verband, kein Katheter.

16. X. Aus der Urethra fliesst andauernd Urin ab, der ein etwas trübes Aussehen hat.

18. X. Wegen der Spannung und Röthung wird an der Fistelnarbe wieder ein Einstich mit dem Messer gemacht. Es spritzt ca. 500 ccm Urin heraus. Drain in die Fistel eingeführt und mit einem in das Uringlas führenden Schlauch verbunden, wie früher; in der Urethra kein Katheter. Temp. 37,3.

19. X. Es ist nur wenig Urin durch die Leitung geflossen, Verband stark durchnässt.

Vom 21. X. wird der Urin gemessen, der aus Urethra und Fistel abläuft. 3 Mal täglich wird katheterisirt. Temperatur meist unter 37°.

Am 2. XI. wird durch die Fistel eine Spritze mit Methylenblau gefärbter Borsäurelösung gespritzt. Der alsdann aus der Urethra mit dem Katheter entnommene Urin zeigt sich blau gefärbt. Patient klagt über Schmerzen in der Gegend der Fistel. Die Blase wird mit Methylenblaulösung prall gefüllt. Aus der Fistel fliesst Urin ab, ist aber nicht blau gefärbt.

5. XI. Urin sehr trübe. Beim Harnlassen bestehen keine Schmerzen.

6. XI. Ohne Narkose wird erst mit der Kornzange, dann noch mit dem Messer die Fistelöffnung erweitert. Der eingeführte Finger gelangt in eine glattwandige Höhle, die aber nicht die Blase ist. Dieselbe hat zwei Fortsetzungen, eine schräg nach oben und medianwärts, die andere direct nach unten nach dem Oberschenkel zu. Das Ende dieser Gänge ist mit dem Finger nicht abzutasten. Tamponade der Höhle mit Jodoformgaze. Sterile Ueberlage, Binde. Blasenspülung mit Borsäure.

7. XI. Verband etwas durchfeuchtet. Patient klagt über Schmerzen im Rücken. Verbandwechsel. Aus der Fistel entleert sich, wenn man von dem unteren Divertikel aus drückt, eine mässige Menge eitriger Flüssigkeit. Jodoformgazetamponade, Compression, Binde.

10. XI. 36,4. Operation: Auf der mit dem Aetherspray anästhetisch gemachten Haut des Oberschenkels wird ca. 5 cm unterhalb der Fistelöffnung eine Incision gemacht von ca. 8 cm Länge, die bis auf die Muskelfascien dringt; man gelangt damit in den unteren Divertikel der Höhle, zu welcher die alte Fistel führt. Es wird ein Drain in die Incisionsöffnung geführt und aus der Fistel herausgeleitet. Eiter entleert sich bei dieser Manipulation nur in geringer Menge. Jodoformgaze, Compressionsbinde.

11. XI. Drain wieder eingeführt. 15 Tropfen Aq. Amygd. am. Oberflächliche Gangrän des Bindegewebes der neuen Wundfläche.

15. XI. Die etwas geröthete Wundumgebung wird dick mit Borvaseline bestrichen.

16. XI. Haut weniger geröthet.

18. XI. Beim Verbandwechsel entleert sich aus der Fistel reichlich Urin.

19. XI. Täglich ein Bad.

20. XI. Es fliesst unter dem Verbande durch fortwährend Urin ab. Drain bleibt liegen. Wunde granulirt, täglicher Verbandwechsel.

6. XII. Entfernung eines etwa 1 cm grossen Sequesters aus der Wunde am rechten Oberschenkel mit der Kornzange.

20. XII. Beim Verbandwechsel werden die Drains mit dem Abfluss nach unten zu befestigt.

21. XII. Drain weg, untere Oeffnung der Fistel mit Jodoformgaze tamponirt, obere frei.

24. XII. Links hinten unten, etwas nach der Seite zu, feines Knisterrasseln zu hören.

25. XII. Verbandwechsel nach Bedürfniss, Mooskissen fällt fort.

30. XII. Verband völlig durchnässt, Blasenausspülung.

6. I. 94. Drains entfernt. Die beiden Fistelöffnungen heilen allmählich zu. Excessive Granulationen werden mit Höllenstein zerstört.

23. I. Es hat sich rechts, etwas oberhalb der Symphyse, eine auf der Höhe leicht geröthete Geschwulst gebildet. Bei Druck auf dieselbe entleert sich aus der oberen Fistelöffnung Eiter. Die untere Fistelöffnung ist zugeheilt. Verband wieder mit Mooskissen. Verbände sind stark durchtränkt. Bad alle Tage. Verbandwechsel täglich. Der Katheterismus gelingt nur in der Hälfte der Fälle, da Sphincterenkrampf zu bestehen scheint. Urinentleerung durch den Katheter sehr sparsam.

26. I. 94. In Chloroformnarkose (15 Min. und 10 ccm) wird der Tumor auf der rechten Seite oberhalb der Symphyse eröffnet mit einem ca. 10 cm langen Schnitte. Es entleert sich etwas Eiter. Von der Wunde aus gelangt man mit einer Sonde in die Blase. Drain in die Blase, theilweise Vernähung der Wunde. Jodoformgaze-

tampon. Trockenverband. Aus dem Drain läuft nach aussen Harn ab.

29. I. Der Verband ist völlig von Harn durchtränkt. Die Wunde zeigt noch stark eitrigen Belag. Das Drain lässt sich ohne Schwierigkeit entfernen und wieder einführen. Der Urin ist immer noch etwas blutig. Urin hauptsächlich aus der Fistel (Drain) entleert. Ein geringer Bruchtheil fliesst aus der Urethra ab. Patient spürt fast immer Harndrängen.

31. I. Verband feucht, nicht nass.

8. II. Verbandwechsel. Verband sehr nass. Urin nicht mehr blutig.

12. II. Um das Collabiren der Blase zu verhüten, wird ein Stöpsel in das Drainrohr gesteckt. Verbandwechsel täglich.

22. II. Das Einlegen eines Nélatonkatheters misslingt.

23. II. Verband weniger nass als in den letzten Tagen. Urin fliesst spontan ab, kann nicht gehalten werden. Beim Katheterisiren etwas Pus. Kein Blut. Schmerzempfindlichkeit ziemlich gross.

25. II. 38,1°. Rechts hinten unten zahlreiche knarrende Rasselgeräusche; feuchtwarmer Umschlag; am 26. II. 36,8 und 36,9°.

27. II. Patient klagt über Stiche in beiden Seiten, daselbst reichliche, knarrende Rasselgeräusche.

28. II. Die Partien, über welchen die knarrenden Geräusche zu hören sind, sind kleiner geworden auf beiden Seiten.

1. III. Mit dem Katheter werden 250 g entleert, im Ganzen 1500. Jodoformgaze, Watte mit Collodium. Katheterisiren nicht mehr nöthig, da Patient allein den Urin lassen kann, ca. 250 g, am 2. III. 1500 ccm.

4. III. Wieder Katheterisiren, da Patient zu viel Urin aus der Fistel entleert, 1200 ccm.

5. III. Mit dem Katheter werden 220 ccm Urin entleert.

6. III. In der rechten Seite Schaben.

7. III. Rechts mehr Schmerzen, Verband nass.

Bis zum 20. III. werden täglich 1100 bis 1900 ccm entleert; am 20. III. Salbenverband.

23. III. Leichte Jodoformgazetamponade, Watte-collodiumverband.

27. III. Urin noch trübe, wird meist willkürlich gelassen.

28. III. Schmerz in der rechten Seite, besonders an der alten Narbe; daselbst leichte Verwachsung der Haut, wodurch Spannungen entstehen bei Bewegungen.

1. IV. Kein Verband, Wunde geschlossen.

8. IV. Salol 1,0, 3mal täglich. Beim Katheterisiren stösst man auf Schwierigkeiten in der Pars prostatica. Blut. Die Prostata fühlt sich per anum nicht hart und nicht vergrössert an.

10. IV. Wildunger Wasser.

24. IV. Obstipatio. Calomel 0,5. Kopfschmerzen. Salol aussetzen. Acid. mur. 0,2 : 180,0.

28. IV. Obstipatio. Karlsbader Salz.

4. V. Geheilt entlassen.

Soweit die Krankengeschichte.

Im Vorstehenden handelt es sich um einen Patienten, der, um kurz zusammenzufassen, nach einer 1890 und 91 überstandenen Pleuritis einen Blasenkatarrh bekommen haben will. Er litt an Harnträufeln und schmerzhaften periodischen Anschwellungen des Leibes; dabei hatte er Schmerzen beim Harnlassen. Anfang Juni 1893 bildete sich oberhalb der rechten Leistenbeuge eine wallnussgrosse Geschwulst. Aus einer anderen Geschwulst an der Aussenseite des rechten Oberschenkels entleerten sich durch Incision neben zahlreichen verkalkten Reis-

körpern 200 ccm einer schwach gelben, trüben Flüssigkeit. Der ganze Sack wurde abpräparirt. Von der Wunde geht nach der medialen Seite ein Gang, der etwas Eiter entleerte. Nach Heilung dieser Wunde wurde die Geschwulst oberhalb der rechten Leistenbeuge grösser und schmerzhaft. Aus dem Abscess entleerten sich durch Punction 600 ccm missfarbiger, röthlich gelber Flüssigkeit, in der Eiterkörper, rothe Blutkörperchen und grosse Epithelien aus Blase oder Niere waren. Urin fliesst zum grossen Theil aus der Wunde ab; der Abfluss wird geringer, sobald durch einen in die Harnröhre eingelegten Nélaton die Blase freien Abfluss hat. Zuweilen spontaner Urinabfluss durch die Urethra, besonders bei der Defäcation. Die Capacität der Blase beträgt 200 ccm. Bei einer Probe erweist sich der Wasserabfluss nach der Blase zu unbehindert; von der Blase gelangt keine Flüssigkeit in den Uretersack. Nach Heilung der unteren Fistel entstand über der Symphyse ein neuer Tumor, der nach der Incision Eiter entleerte. Die Höhle communicirt mit der ersten, eine Sonde gelangt in die Blase.

Die Krankheit bestand also in Uretritis chronica cystica.

Die Entstehung des Leidens kann mit Hülfe der in der Anamnese gegebenen Daten auf folgende Weise erklärt werden. Der Blasenkatarrh rief eine Schwellung der Schleimhaut hervor, wodurch der Harnröhreneingang verlegt würde; in Folge dessen entstand Stauung und Ischuria paradoxa (Harnträufeln). Die Entzündung der Blasenschleimhaut setzte sich auf den Ureter fort, wodurch Schwellung und Harnstauung entstand. Der angesammelte Harn dehnte den Ureter allmählich aus; die cystischen Erweiterungen folgten dem lockeren Bindegewebe bis an die Unterbauchgegend, unter das Lig.

Pouparti durch bis zum Oberschenkel. Die Communication der letzten Cyste an der Aussenseite des Oberschenkels mit dem Uretersack obliterirte. Ob die „Reiskörner“ in der Geschwulst am Oberschenkel als zusammengeballte Sedimente, die sich aus dem Urin des Ureters abgesetzt haben, der Schwere folgend in den Oberschenkelabscess gesunken und dort „verkalkt“ sind, gedeutet oder aufgefasst werden können, lässt sich nicht mehr entscheiden.

Für diese Theorie spricht der in allen Cysten einander ähnliche Inhalt der gelblichen Flüssigkeit und die physikalisch nachweisbare Verbindung durch den „Strang“ nach der medianen Seite. Die obenerwähnte Angabe Bandl's, dass das Volumen der Blase abnimmt bei Ureterfistel, bestätigt sich auch hier.

Da bei reichlichem Urinabfluss aus der Fistel in der Blase sich nur wenig Urin fand, so erlaubt dieser Umstand den Rückschluss, dass die Function der linken Niere bedeutend herabgesetzt ist, und deswegen musste bei der Operation auf die Entfernung der functionirenden rechten Niere verzichtet werden.

Die Therapie bestand darin, die Cysten zu öffnen, den Inhalt zu entleeren und langsam die Höhle zu veröden. Während einer zehnmonatlichen Behandlung ist es sorgfältigen Bemühungen gelungen, die Cysten zur Obliteration zu bringen und die Fistel zu heilen, so dass der Patient ohne Beschwerden seinen Urin täglich fünf bis sechs Mal spontan entleeren kann.

Die Narben bieten normales Aussehen und verursachen dem Patienten keine Beschwerden, sodass Patient am 4. Mai 1894 geheilt entlassen wurde.

Was die Prognose anlangt, so darf man annehmen, dass die Ureterfistel dauernd geheilt bleibt. Die chronischen Veränderungen der Blasen- und Ureterschleim-

haut werden wohl nicht wieder ganz verschwinden. Durch vernünftige Diät kann der Zustand erträglich gemacht werden.

Die Erscheinungen im Bereiche der Lungen belästigen den Patienten nicht und es spricht nichts dafür, dass dieselben einen ernsten Charakter annehmen werden.

Ebensowenig lässt sich ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Ureterleiden nachweisen.

Mit Freuden erfülle ich die angenehme Pflicht, dem Oberstabsarzt Herrn Professor Dr. Rudolf Köhler für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die liebenswürdige Unterstützung und gütige Durchsicht meinen herzlichsten Dank abzustatten; auch an dieser Stelle spreche ich dem Geh. Obermedicinalrath Herrn Professor Dr. Adolf von Bardeleben meinen ehrerbietigsten Dank aus für die Ueberlassung des Materials.

Litteratur.

La riforma medica 1887, No. 53 u. 54.
Berl. klin. Wochenschr. 1889, No. 30.
Dieselbe 1893, No. 27.
Zeitschrift f. Geb. u. Gynäcologie 1893, No. 24.
Centralblatt f. Gynäcologie 1882.
Dasselbe 1881, pag. 547.
Ziemssen, Handbuch der spec. Path. u. Therap. X, Seite 87—90.
Eulenburg's Encyclopädie Bd. I 572, III 17 u. 43, XX 404, XXII 89.
Centralblatt f. Chirurgie 1888, No. 16.
König: Lehrbuch der Chirurgie.
d'Ajutolo: Uretritis chron. cyst. Memoir. Bologna X, 1889.
Ebstein: Zur Lehre vom chron. Katarrh d. Schleimhaut der Harnwege und Cystenbildung. Archiv f. klin. Med., Bd. 31, 1882.
Hallé: Urétéritis, Thèse de Paris 1887.
Litten: Ureteritis chron. cystica, Virch. Archiv 66. Bd., 1876.
Simon: Sondirung der Harnleiter beim Weibe, Volkmann's Vorträge, 1875.
Bandl: Wien. med. Wochschr. 1887, Harnleiterscheidenfistel. — Gesamm. Abh. Braumüller, Wien 1883.
Winkel's Hdbch. d. Frauenkrankh., red. von Billroth, IV. Absch., 1879.
Archiv f. klin. Chir. 44. Bd, 1892, XVI. P. Reichel: Hernienartiger Vorfall eines Ureter in den Leistenkanal.
Archiv f. klin. Chir. 44. Bd., 1892, XXXVII, 850. Küster: Fall von Resection des Ureter.
v. Bardeleben: Lehrbuch der Chirurgie, IV. Aufl.
Trékaki, de la greffe de l'urétère 1893.
Schmidt's Jahrbücher, Bd. 240.

Thesen.

I.

Bei Ureterfistel ist die conservative Methode der Nierenexstirpation vorzuziehen.

II.

Die Naturheilmethode kann der Materia medica nicht entrathen.

III.

Die Einführung der ärztlichen Leichenschau ist in den Städten anzustreben.

Lebenslauf.

Verfasser vorstehender Arbeit, Wilhelm Friedrich Theodor Richter, evangelisch-reformirter Confession, Sohn des Kgl. Bezirksphysikus Sanitätsrath Dr. Ubbo Richard Richter zu Berlin, wurde am 21. September 1864 zu Loquard, Kreis Emden, in Ostfriesland geboren. Den Elementarunterricht erhielt er auf den Dorfschulen zu Loquard, Leer und Jemgum, besuchte dann die Realgymnasien zu Leer und Emden, das Königstädtische Gymnasium zu Berlin und das Ulrichs-Gymnasium zu Aurich. Auf letzterem erlangte er im März 1887 die Reife zum academischen Studium. Im Sommer-Semester 1887 widmete er sich dem Studium der Medicin auf der Georg Augusts-Universität zu Göttingen, darnach war er 8 Semester immatriculirt an der Universität zu Berlin. Am Ende des IV. Semesters, im März 1889, bestand er daselbst die ärztliche Vorprüfung. Vom 1. August bis 1. November 1890 war er Hauspractikant der geburtshülflichen Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik, vom 1. November 1890 bis 1. Februar 1891 Famulus auf der septischen Station derselben Klinik. Im August 1892 bestand er das Examen rigorosum. Das medicinische Staatsexamen beendete er in Berlin im Februar 1893. Vom 1. März bis 26. December 1893 nahm er die Vertretung der Collegen Bredull in Hoyerswerda, Schütze in Kösen, Harcken in Dorum, Schulz in Wiedensahl, Guttmann in Altenbruch, Hempel in Göttingen wahr und liess sich im Januar 1894 in Freystadt, N.-Schl. als Arzt nieder.

Während seines Studiums besuchte er die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren Professoren und Privatdocenten:

in Göttingen: Berthold, Ehlers, F. Merkel, V. Meyer, Riecke, Schiefferdecker;

in Berlin: B. Baginsky, von Bardeleben, von Bergmann, du Bois-Reymond, Busch, von Esmarch, Fräntzel, Gad, Gerhardt, Hertwig, von Hofmann (†), Leyden, Liebreich, Lucae, Mendel, Olshausen, Schweigger, Silex, von Treitschke, R. Virchow, Waldeyer, Winter.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen geziemenden Dank aus.